

Année 1901

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 novembre 1901, à 1 heure

PAR

Léon MÉNARD

Licencié ès-sciences naturelles, Ex-interne de l'hôpital Péan
né à *Pleine-Fongères (Ille-et-Vilaine)*, le 20 janvier 1876

TRAITEMENT

DES

INFLAMMATIONS PELVIENNES

Président : M. BERGER, Professeur.

Juges : MM. { *DEBOVE, Professeur.*
 { *THIROLOIX, Agrégé.*
 { *MARION, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE & SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS — 36, Rue Serpente — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1901

25

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N^o

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 novembre 1901, à 1 heure

PAR

Léon MÉNARD

Licencié ès-sciences naturelles, Ex-interne de l'hôpital Péan
né à *Pleine-Fongères (Ille-et-Vilaine)*, le 20 janvier 1876

TRAITEMENT

DES

INFLAMMATIONS PELVIENNES

Président : M. BERGER, Professeur.

*Juges : MM. { DEBOVE, Professeur.
THIROLOIX, Agrégé.
MARION, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical



LIBRAIRIE MÉDICALE & SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS — 36, Rue Serpente — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	N.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	D ^r JERINE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ LANDOUZY.
	HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.
ANDRE.	DUPRE.	LEGRY.	TEISSIER.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	THIERY.
BEZANÇON.	GILLES de la Tourette	LEPAGE.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THOINOT.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	WALLICH.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALTHER.
CUNEO.	JEANSELME.	REMY.	WIDAL.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WURTZ.

Chef des Travaux-anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et quelle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

De la Faculté des Sciences de Rennes ;

De l'École de Médecine de Rennes ;

De la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Paris ;

M. LANDOUZY,

Professeur de clinique à l'hôpital Laennec

M. PINARD,

Professeur de clinique obstétricale (Baudelocque)

M. COMBY,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades

MM. BROCHIN, ROUSSEAU, DELAUNAY, ROBIN-MASSÉ,

LE FUR, VIOLET, *de l'hôpital Péan.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

Traitement des inflammations pelviennes

Le traitement des paramétrites aiguës, sur lequel nous désirons attirer l'attention, est en général confondu dans les divers traités, avec celui des pelvi-péritonites.

A la lecture des nombreux travaux publiés sur cette vaste question des inflammations du petit bassin à point de départ utérin, nous avons été frappé par l'entente presque générale des gynécologues, quand il s'agit de traiter une para ou une péri-métrite. La méthode suivie peut se résumer ainsi : Repos absolu, opium à l'intérieur, injections vaginales chaudes. On attend la suppuration et quand le pus est collecté, le chirurgien intervient.

Nous désirons montrer dans notre thèse inaugurale, qu'il est possible, grâce à une thérapeutique active, de juguler le processus inflammatoire. En présence d'une paramétrite aiguë, nous nous attaquerons à la source même de l'infection, l'utérus, qui, ainsi que l'ont montré les belles recherches de MM. Lucas-Championnière et Poirier, doit être en général incriminé,

La paramétrite peut être comparée à la lymphangite qui entoure une plaie, à celle qui donne lieu à l'abcès du sein à la suite d'une crevasse du mamelon, à celle aussi qui détermine le phlegmon de l'aisselle ou l'abcès de la région inguinale à la suite d'une plaie infectée du doigt ou d'un orteil (Cantin) (1).

De même que la guérison de la plaie infectée s'accompagne de la disparition de la lymphangite, que le traitement de la cystite a souvent une influence très heureuse sur la marche d'une pyélonéphrite (Bazy), le lavage de l'urèthre postérieur sur l'orchite gonococcique, de même sommes-nous en droit d'espérer que le traitement de l'utérus malade, infecté, déterminera un arrêt dans la marche de l'inflammation péri-utérine.

Nonat admet, dans sa thèse, la lymphangite à la suite de métrite, surtout de métrite du col infiltré de pus.

Elenthère Martin (2), élève de Nonat, étudie le phlegmon du ligament large subaigu et chronique ; il le place tout autour de l'utérus et en admet comme cause tout ce qui peut amener la congestion utérine ; c'est ainsi qu'il en explique la présence chez la femme nullipare et la vierge. N. de Mussy (1857) soutient la même opinion.

Courty (3), dans son traité des maladies de l'utérus admet que la phlébite, est la cause du phlegmon du ligament

(1) Cantin. Des lymphangites peri-utérines non puerpérales. Thèse de Paris. 1889.

(2) E. Martin, thèse de Paris 1851.

(3) Courty, Traité pratique des maladies de l'utérus, 2^e édit. 1870, p. 597.

large. Mais cette opinion soutenue par Dance, Bernutz, Frasier, Hervieux, Courty disparaît avec la publication rétentissante de la thèse de M. Lucas-Championnière qui démontre l'existence de la lymphangite après les couches et en dehors de l'état puerpéral. Parlant des tumeurs formées au-dessus des culs de sac latéraux, il dit qu'il faut se rappeler que dans les points où se développent les tumeurs, existent des ganglions : la lymphangite, partie de la plaie utérine d'origine puerpérale ou autre, détermine un œdème du tissu cellulaire sous péritonéal et périlymphatique, et parfois, de la péritonite par propagation.

Bernutz (2), Emmet (3), Pierre Delbet (4), Poirier dans la thèse de son élève Cantin (5), insistent sur le rôle des lymphatiques dans l'inflammation du tissu cellulaire circum-utérin.

M. Pozzi (6) dans son beau traité de Gynécologie, montre le grand rôle que l'appareil tubo-ovarien joue dans le phlegmon du ligament large ; à propos de la cellulite pelvienne, il admet qu'il s'agit d'une « véritable lymphangite septique, partie de la plaie utérine, et englobant tout ce qui entoure l'appareil génital ».

Dans la puerpéralité, dit Trélat, les lymphangites do-

(1) Lucas Champonnière, page 66.

(2) Bernutz, Archives de Tocologie, T. I. 1874.

(3) Emmet, Traduction Olivier, p. 217.

(4) Pierre Delbet, Traité des suppurations pelviennes, Paris 1891, p. 151 et suiv.

(5) Cantin, loc. cit.

(6) Pozzi, Traité de Gynécologie, 3^e Edition, Paris 1897, p. 750 et suiv.

minent ; dans les autres cas on trouve plus souvent des ovaro-salpingites.

Pour notre part, nous admettons que la lymphangite péri-utérine est d'origine utérine ; l'indication thérapeutique qui s'impose, en présence d'une inflammation du tissu cellulaire péri-utérin (phlegmon du ligament large, paramérite) est nette : nettoyer l'utérus.

Les injections vaginales nous paraissent bien insuffisantes ; la cautérisation intra-utérine est une méthode trop dangereuse pour que nous nous y arrêtions. Il nous faut un traitement qui assure la désinfection rapide de cet « abcès » compliqué de lymphangite.

1° La dilatation de l'utérus ;

2° Les injections intra-utérines très chaudes seront la base de notre thérapeutique ;

3° Les lavements chauds, appliqués suivant la méthode du savant professeur de l'hôpital Laënnec, nous seront d'un très puissant secours.

I

Toute intervention sur la matrice doit être précédée d'une désinfection méticuleuse de la vulve et du vagin; on se sert fréquemment de permanganate de potasse ou de sublimé au 1/1000, à la température de 45°.

Si la malade est anesthésiée, on fait précéder l'injection d'un savonnage énergique de la vulve et du vagin.

La sténose du col est une cause de péri-méthro-salpingite (nomenclature du professeur Pozzi (1)); la muqueuse utérine, infectée le plus souvent par le gonocoque, associé fréquemment au streptocoque, staphylocoque, tétrogène, etc., est imprégnée par le pus et cet « abcès fermé » n'a aucune tendance à guérir. Agissons ici comme si nous avions affaire à un abcès quelconque : l'ouverture, la désinfection, le drainage seront les trois temps successifs de notre intervention.

Dilatation de l'utérus

Nous ne rappellerons pas ici les détails de cette petite intervention, car MM. Pozzi (2), Legueu (3), etc., dans leurs traités classiques, en ont donné une description claire et détaillée.

Disons simplement qu'à notre avis, il est imprudent de

(1) Pozzi. Loc. cit.

(2) Pozzi. Loc. cit.

(3) Labadie Lagrave et Legueu. Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 2^e éd.

provoquer la dilatation brusque de l'utérus quand on a affaire à un processus inflammatoire aigu. La laminaire, facile à manier, rendue aseptique par un séjour prolongé dans l'éther iodoformé à *droit* à nos préférences. En effet, elle produit une dilatation lente, continue, persistante; elle ne déchire pas le tissu utérin et par suite ne crée pas de nouvelles voies à l'infection; ce dernier point est, on le comprend, d'une haute importance.

Ajoutons que la dilatation par la laminaire s'accompagne d'un véritable massage qui décongestionne l'utérus et lui permet d'évacuer le contenu de ses glandes; de plus la laminaire étale et amincit la muqueuse utérine, ses anfractuosités disparaissent, ce qui permet à l'eau de balayer plus facilement les mucosités accumulées à sa surface.

L'existence d'une péri-métrosalpingite aiguë, non suppurée, est-elle une contre-indication à la dilatation? La plupart des auteurs répondent affirmativement; nous croyons qu'une grande partie des accidents mis sur le compte de l'intervention intra-utérine sont dus à une asepsie insuffisante; et au surplus, ces complications eussent pu se produire, en dehors de toute manœuvre sur la matrice.

Nous citerons un accident, rarement observé d'ailleurs, la perforation de la lèvre postérieure du col (Bruchon) (1); pour éviter cette complication, il suffit de ne pas enfoncer

(1) Bruchon, *Dilatation utérine avec des lamineires, perforation incomplète de la lèvre postérieure, du col*. Nouvelles archives d'obstétrique, 25 mai 1892, p. 258.

entièrement la laminaire dans l'utérus, mais laisser un demi-centimètre environ de la tige, à l'extérieur.

L'introduction de la laminaire est en général facile et peu douloureuse; on doit au préalable reconnaître la direction de l'utérus par le toucher et le palper combinés et par l'hystéromètre.

La tige, portée à l'extrémité d'une pince, est enfoncée lentement. Un bon éclairage et une large dilatation du vagin avec deux valves sont des conditions indispensables pour la mise en place de la tige. Le vagin est rempli de gaze stérilisée que l'on tasse mollement d'arrière en avant à mesure que l'on retire les valves. La malade est condamnée au repos absolu; quand les douleurs sont trop vives, on fait une injection de chlorhydrate de morphine que l'on peut renouveler dans la journée. La tige acquiert son volume maximum au bout de huit à dix heures; assez souvent on la remplace dès la cinquième heure par une laminaire plus grosse que la première. Grâce à la dilatation ainsi faite, nous pourrions pratiquer l'asepsie de l'intérieur de la matrice.

Cette dilatation utérine est capitale et M. Bouchard (1) attribue à son insuffisance les poussées de salpingite et de salpingo-ovarites qui suivent les manœuvres sur la matrice.

Cette question de la dilation de l'utérus a pris, depuis quelques années, une importance très grande en gynécologie. Greenhalgh (2) le premier a eu le mérite d'attirer l'atten-

(1) Bouchard, *Thèse de Paris*. 1896-97.

(2) Greenhalgh (V. Marion Sims, *Notes sur la chirurgie clinique dans ses rapports avec la stérilité*, Paris, 1886, p. 47.

tion sur l'importance du maintien de la perméabilité du col par le drainage. Ce drainage, qui permet le libre écoulement des sécrétions utérines, se fait avec des tubes en caoutchouc (Greenhalgh, Ahlfeld), (1) en verre capillaire Schwarz (2) ; Duke (3) emploie une tige spirale en acier. Nous citerons encore : Lefour de Bordeaux qui emploie un tube en aluminium creusé de rainures latérales pour l'écoulement des liquides ; Chéron qui se sert de crins de Florence (68 à 100) recourbés en U ; enfin Fritsch a employé la gaze iodoformée.

MM. Lanelongue et Faguet (4) ont employé cette méthode dans quinze cas de paramétrites et de salpingo-ovarites ; les poussées de péri-métrosalpingite observées dans quelques cas doivent être attribuées à la malpropreté des malades ; remarquons qu'elles ne se sont produites que longtemps après la pose du drain : six mois dans un cas, cinq dans un autre, etc.

De l'étude de ces faits il résulte clairement que l'utérus tolère des corps étrangers aseptiques ; ne voyons-nous pas des utérus malades, entourés de péri-méto-salpingite, supporter pendant 2 mois, 5 mois, 19 mois même (Lanelongue et Faguet) (4) des drains en aluminium. Aussi commence-t-

(1) Ahlfeld (*Centralblatt für Gynec*, 1883, n° 15, et même journal vol. xviii, livre 2).

(2) Schwarz, *Central, für gynek*, 1883, n° 13.

(3) Duke. The treatment of chronic endometritis. *British medical Journal*, 1889, vol. I p. 355.

(4) Lanelongue et Faguet, *Congrès de Gynécologie, d'obst. et de pædiatrie de Bordeaux*, 1895.

on à ne plus considérer l'utérus et ses annexes comme des organes capricieux, suivant l'expression de Pajot.

Déjà Walton (1) en 1887 traitait la pelvi-péritonite par la dilatation forcée, le curettage ; puis il lavait à grande eau l'intérieur de la matrice et terminait par un tamponnement à la gaze iodoformée. Lavages quotidiens de la cavité utérine.

Cette méthode fut vivement combattue en France ; Poulet de Lyon fut le premier à vanter, vers 1888, les bienfaits de cette médication dans la paramérite.

Doléris fit la dilatation avec des lamineurs, puis avec des éponges. La méthode Walton-Doléris fut employée par Letenneur, Frankenheuser, Routier, Montprofit, Rivière, Le Dentu, Pozzi, etc., et Poulet en fit la base du traitement des inflammations utérines.

« Pour nous, dans toutes les inflammations utérines, la dilatation du col et le curettage est la méthode de choix de beaucoup préférable... et cela même lorsque les produits septiques sont allés plus loin que l'utérus, occasionner de la péri-mérite autour de l'organe. Cette dernière catégorie, dont les auteurs ont fait une contre-indication formelle, est pour nous, au contraire, une indication de dilater au plus tôt la cavité utérine pour y pratiquer un curettage aussi complet que possible... »

12 malades avaient des foyers de para-mérite variant du

(1) Walton. Académie royale de Médecine de Belgique, 1887.

volume d'un marron à celui d'une grosse orange; pendant les suites toutes ces malades ont eu des températures ne dépassant pas $38^{\circ} 3$, sauf une qui a eu $39^{\circ} 2$; toutes ont guéri. » (1)

(1) Pouillet. Soc. natio. de Méd. de Lyon, 1888 et thèse de son élève Roland, Lyon 1888.

II

Injections intra-utérines

La dilatation de l'utérus étant jugée suffisante, la laminaire est extraite; on l'enlève lentement, en lui imprimant de légers mouvements de rotation sur son axe. Une certaine quantité de muco-pus sanguinolent bave à l'orifice externe du col; on enlève ces sécrétions à l'aide d'un tampon d'ouate et on pratique aussitôt une injection intra-utérine d'eau très chaude.

A ce point de notre travail, nous jugeons nécessaire de retracer en quelques lignes l'historique des injections intra-utérines.

Raulin nous dit qu'Hippocrate et Galien faisaient des injections dans le vagin et l'utérus pour guérir les fleurs blanches.

Prosper Alpin (1616) enseigne que « dans le flux de sang, on peut injecter dans la matrice. »

Mauriceau, Dionis, Raulin, Ruleau, Saint-Arnaud, injectaient dans l'utérus des substances très variées fournies par la polypharmacie si florissante alors : ces injections étaient employées le plus souvent contre les hémorrhagies de la délivrance et les infections puerpérales.

Levret et Plesmann placent un morceau de glace dans la matrice pour combattre l'inertie utérine ; Baudelocque raconte qu'un accoucheur aux abois en face d'une hémorrhagie grave, tamponna avec sa perruque et s'en alla se

vanter de son exploit auprès de Baudelocque lui-même qui le renvoya aussitôt auprès de la patiente qui allait expirer.

Avec Recolin (1) (1750), qui prétendait avoir fait la première injection intra-utérine, on commence à injecter de l'eau chaude dans la matrice quand des portions de l'arrière-faix y ont été retenues.

Leroux de Dijon, introduit dans la matrice un linge trempé dans du vinaigre et Percy, pour tuer les vers, se sert d'eau salée et de vinaigre.

Capuron, dit dans son traité des accouchements, livre classique de l'époque, qu'il fait des injections de liquides styptiques dans la matrice afin d'agir « sur les vaisseaux utérins, véritable siège de l'hémorrhagie. »

Baudelocque, Foucault, Corbière, se servent d'eau froide pour faire contracter l'utérus.

Avec Vidal de Cassis commence la période expérimentale; son essai sur *Le traitement méthodique de quelques maladies de la matrice par les injections vaginales et intra-utérines* (1840), où il prétendait traiter toutes les métrorrhagies, voire même les écoulements leucorrhéiques, par les injections intra-utérines, souleva de vives objections et fut le point de départ de discussions parfois violentes à l'Académie de médecine.

L'auteur apportait, à l'appui de sa méthode, plus de 300 succès, chiffre assurément considérable. Avant d'appliquer

(1) Recolin, *Mémoire sur l'utilité des injections d'eau chaude dans la matrice quand il y reste des portions d'arrière-faix, après les fausses couches*, mémoire de l'Acad. de chirurgie, t. III de l'Edit., in-4, p. 202.

la nouvelle thérapeutique, on expérimenta sur le cadavre pour voir si le liquide ne traversait pas les trompes. Les résultats varièrent avec les expérimentateurs, chacun d'eux employant une méthode spéciale. De plus, ces expériences n'avaient qu'une valeur démonstrative très faible, car, ainsi que le fait si justement remarquer M. Guyon (1) dans sa thèse (1858), les phénomènes observés sur le cadavre ne sont nullement assimilables à ceux qui se passent dans l'être vivant.

L'idée qui se dégage de ces travaux de laboratoire, c'est que si la sonde est introduite à frottement, le liquide passe dans les trompes ; mais si l'on a soin de se servir d'une sonde de faible diamètre, jouant librement dans le col, le liquide, après avoir baigné la muqueuse utérine, fait retour en arrière, retombe dans le vagin et l'ostium uterinum n'est pas forcé.

Malgré les résultats contradictoires fournis par l'expérimentation, malgré la possibilité de la pénétration de l'air et des liquides dans les veines et les artères (Nélaton), on pratique des injections intra-utérines. Citons Scanzoni de Wurzbourg qui fait des injections intra-utérines dans les leucorrhées rebelles, Aran qui apporte plus de 300 observations de leucorrhée, hémorrhagie, métrites chroniques, traitées par la nouvelle méthode.

Récamier est assez audacieux pour enlever avec une cuvette la muqueuse utérine malade (métrorrhagie, leu-

(1) Guyon, *Etude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité*, Th. Paris, 1858.

corrhée) et Lisfranc, Jobert de Lamballe, Mèlier font des injections intra-utérines contre les engorgements et les tumeurs suppurées. Défendues par Gallard et Guérin, elles sont rejetées par Després (1). « Autant, dit cet habile chirurgien, les injections intra-utérines, même les mieux faites, sont dangereuses, autant la cautérisation (chlorure de zinc en solution concentrée) intra-utérine est bonne ». Les travaux de Fontaines (1869), d'Hervieux (1870), de Joanny Rendu, etc., contribuèrent puissamment à vulgariser la nouvelle méthode; mais ce n'est qu'avec une sage prudence que beaucoup de gynécologues pratiquent les injections. C'est ainsi que Gallard, dans la thèse de son élève Bécour (2) dit qu'il est bon de n'injecter que 6 à 8 grammes de liquide afin d'éviter l'irruption dans les trompes (Vidal de Cassis recommandait aussi les petites injections, qui n'ont pas le temps de cheminer dans les trompes). Les liquides employés par Gallard, varient suivant la nature de l'affection (leucorrhée, métrorrhagies, lochies fétides) : teinture d'iode, perchlorure de fer au 1/30, nitrate d'argent en solution, eau fraîche, eau salée, eau phéniquée, etc.; il fait ces injections avec une sonde en caoutchouc de faible calibre et une seringue de Pravaz.

Les injections intra-utérines prennent définitivement droit de cité à la suite des travaux de Pasteur, Semmelweis, Tarnier, Budin, Pozzi (3), Pinard (article d'Auvard

(1) Després, chirurgie journalière, Paris, 1877, p. 500.

(2) Bécour. Thèse de la Faculté de Lille, 1881.

(3) Duval, Thèse de Paris, 1888.

et thèse de Gauvry). En 1884, M. Bar présenta au Congrès de Copenhague la sonde à double courant de M. Budin. Pajot fit connaître la sienne en 1885 et depuis chaque gynécologue accoucheur a fait construire une sonde toujours plus parfaite que les autres.

A l'étranger, Grunenwald, Winckel, Bischoff, Fritsch, Schroder, etc., emploient les injections intra-utérines; le professeur Grammatikati (1) traite les paramétrites et les annexites aiguës en injectant dans la matrice la solution suivante

Alumnol	2.5	
Teinture d'iode. . .	} a a 25 gr.	
Alcool pur		

On peut dire qu'elles sont entrées aujourd'hui dans la pratique gynécologique courante. Il est vrai que, parmi les contre-indications à leur emploi, figurent, comme pour la dilatation, la périméthro-salpingo-ovarite aigue ou subaigue, ou même chronique. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, M. Pouillet (2) de Lyon, fait la dilatation et le curetage dans les péri et paramétrites récentes, et si cette thérapeutique énergique n'augmente pas l'intensité de l'inflammation péri-utérine, on nous accordera bien que l'injection d'eau très chaude, qui n'érode pas la muqueuse et qui est, en même temps, antiseptique, est bien incapable d'exalter la virulence des quelques microbes auteurs du processus pathologique.

(1) Grammatikati, Wratch, 1896, Nos 29 et 30.

(2) Pouillet, loc. cit.

L'eau chaude a pris une large place en gynécologie et en chirurgie générale depuis que M. le Pr Reclus (1) a appelé l'attention du monde médical sur ses propriétés hémostatiques et antiseptiques.

« Au dessus de 42°, elle est un milieu à peu près réfractaire aux bactéries (Expériences de Miquel et de son élève Wada); si les micro-organismes n'y meurent pas encore — il faut pour cela 80° au moins — ils ne sauraient s'y développer, et la pullulation y devient bientôt impossible. De là des indications importantes. Au cours de mes opérations, au lieu d'inonder de solutions phéniquées ou mercurielles, le champ opératoire où manœuvre le bistouri, j'exprime sur la plaie des tampons d'ouate hydrophile imbibés d'eau à 50°. L'eau chaude à 55°, sur une plaie ulcéreuse à bourgeons atoniques, réveille la vitalité des tissus et la plaie se modifie rapidement.

« Mais où l'eau chaude triomphe vraiment, c'est dans le traitement des inflammations aiguës : panaris, furoncles, anthrax, phlegmons circonscrits et diffus, toutes les phlogoses superficielles bénéficient de l'immersion prolongée dans un bain de 50 à 55°. Cette immersion nous donne des résultats surprenants et une inflammation prise à ses débuts, peut être jugulée »

Nous avons observé plusieurs fois, dans le service du savant professeur de l'hôpital Laënnec, les merveilleux effets de l'eau chaude dans le traitement des phlegmons du

(1) Reclus, Cliniques de la Charité, Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

bras et de l'avant bras et la disparition rapide de la lymphangite et de l'œdème énormes concomitants.

Le Dr Platon (1) dit que le résultat est surtout frappant dans les cas d'inflammation aiguë des organes génitaux de la femme, où l'élément congestion joue un rôle important.

Examinons maintenant comment agit l'eau chaude sur l'utérus. Nous connaissons ses propriétés antiseptiques ; de plus, elle entraîne les mucosités qui recouvrent la muqueuse utérine. Duval (2), élève de Pozzi, émet l'hypothèse que, sous l'influence de l'injection intra-utérine chaude, les centres médullaires paralysés par l'infection utérine, reprennent leur tonicité et, en raison du pouvoir trophique bien connu de la moëlle, celle-ci agit directement sur la nutrition de la matrice. Runge, a bien mis en évidence son action sur les vaisseaux. Runge ouvre le ventre d'un lapin, y fait couler de l'eau chaude et observe que tous les organes abdominaux prennent très rapidement une couleur blanche caractéristique. — Grâce à cette vaso-constriction, l'utérus se dégorge, la circulation devient plus active, la congestion disparaît ainsi que les exsudats pathologiques.

Notons, enfin, que Heylles, élève de Tripier, a employé avec beaucoup de succès l'eau chaude dans la dysenterie (injections rectales d'eau à 48°) ; de même, Jeannel (3) et Lesieur dans le traitement des clapiers tuberculeux.

(1) Platon. De l'eau chaude en gynécologie. Marseille médical, 1^{er} juin 1899.

(2) Duval. Thèse de Paris, 1888.

(3) Jeannel. De l'ébouillement, *Gaz. des Hôp.*, 1892.

Tout le monde connaît l'heureuse influence des lavements d'eau très chaude dans les protatites aiguës et chroniques.

Avant de terminer ce chapitre consacré à l'eau chaude, mentionnons les récents travaux du Dr Sneguirjoff (1) sur l'action thérapeutique de la vapeur d'eau à la température de 100 à 120°. Sneguirjoff, a employé la vapeur d'eau comme hémostatique en chirurgie générale, (il a pratiqué cinq résections du genou sans recourir aux tubes élastiques, ni aux pinces hémostatiques, ni même aux ligatures) et en gynécologie (hémorrhagie utérine par atonie, endométrites hyperplasiques). Kahn (2) a étendu la méthode au traitement des périmétrites aiguës; la contre-indication mentionnée par cet auteur est la présence de pus accumulé dans les annexes. La vapeur, portée à 110° environ, reste une demi-minute à une minute et demie en contact avec la muqueuse utérine. Sur cinq cents observations, on ne signale qu'un seul accident : le Dr Banich a remarqué, chez une de ses malades traitées par la méthode Sneguirjoff, une atrophie de l'utérus avec arrêt des règles.

Nous venons d'assister à l'entrée lente, mais sûre, des injections intra-utérines dans la pratique gynécologique et il n'est pas de praticien qui n'ait retiré de leur emploi de grands avantages. Les expériences de Vidal de Cassis, Fontaines, Guichard, Nélaton, Guyon, etc. nous ont enseigné qu'il ne faut les pratiquer que dans un utérus suffisam-

(1) Sneguirjoff. *Der Dampf, ein neues Hemostaticum*, etc. Centralblatt, für Gynœkologie n° 3, 1895.

(2) Kahn. *Die therapeutische Anwendung des Dampfes Gegen Endometritis puerperalis*. Centralblatt für Gynœk., 1896.

ment dilaté et en ne donnant au liquide qu'une faible pression. Il nous arrivera peut-être, malgré toutes ces précautions, de forcer les orifices tubaires; M. Boursier (1) a observé des matrices avec large ostium uterinum, disposition qui favorise singulièrement la pénétration des injections intra-utérines dans les trompes.

En résumé :

1^o Action antiseptique (Reclus, Miquel);

2^o Diminution de la stase sanguine par vaso-contriction (Runge);

3^o Action trophique sur la moelle (Duval), telles sont les propriétés de l'eau chaude en injections intra-utérines.

Les dangers, tant redoutés autrefois, tels que le passage du liquide dans le péritoine (Haselberg) (2), l'entrée de l'air dans les sinus (Pinard, Budin), la syncope, etc., doivent être appréciés à leur juste valeur. Quand, après une injection intra-utérine, la patiente accuse de vives douleurs à l'hypogastre, devons-nous dire qu'il y a eu pénétration de liquide dans le péritoine? Non assurément; il ne s'agit en général que de phénomènes nerveux réflexes de courte durée. Il est possible que, sous l'influence de l'injection chaude, le muscle utérin se contracte, se redresse et tiraille les fausses membranes périutérines, il en résulte des douleurs qu'exagèrent ces « utérines » à système nerveux si sensible. C'est du péritonisme et non un début de périto-

(1) Boursier, *Du cathétérisme de la trompe de Fallope*. Archives de Bordeaux, mai 1892.

(2) Haselberg (*Monat. f. Geburtskunde*, 34, p. 162) et Spath (*Deutsche chirurgie*, li. 59, p. 5).

nite. Citons aussi, comme accidents nerveux, les crises d'hystérie, les tintements d'oreilles, la pâleur de la face, l'obnubilation de la vue, des éblouissements, etc. que le bromure de potassium peut prévenir dans bien des cas (De Tornery (1)). La mort subite, par inhibition, est exceptionnelle.

Presque tous les auteurs ont signalé, après les interventions sur la matrice, des poussées de péri-métrosalpingite; remarquons que, le plus souvent, on avait pratiqué un curettage (Bouchard (2)), ou encore une injection dans un utérus insuffisamment dilaté ou faite dans un milieu non aseptique.

Nous avons pratiqué un grand nombre d'injections intra-utérines et de dilatations, le plus souvent pour des métrites ou des périméto-salpingites chroniques; les douleurs se montraient d'une façon très inconstante chez la même femme; nous avons observé aussi que des culs de sac, jusque là indolores et souples, devenaient douloureux à la 10^e ou 15^e injection. Les malades nous avouaient parfois avoir eu des rapports, d'autres avaient abandonné leurs injections vaginales quotidiennes; chez d'autres enfin l'injection intra-utérine paraissait seule coupable. D'ailleurs ces exsudats, traités dès leur début, se résorbaient rapidement.

(1) De Tornery, *Annales médico-chirurgicales*, 1888.

(2) Bouchard, *Loc. cit.* obs, 44.

III

En présence d'une cellulite pelvienne aiguë ou sub-aiguë, nous ferons donc la dilatation du col et les injections intra-utérines. De plus, nous administrerons matin et soir, un lavement d'eau bouillie d'un litre, à la température de 45° à 48°. Le lavement est en grande partie retenu dans l'ampoule rectale ; le corps de l'utérus y baigne tout entier (Reclus) (1) et ce bain prolongé contribue puissamment à la résorption des exsudats para et péri-métritiques.

Telle est la thérapeutique que nous proposons d'appliquer au traitement de la cellulite pelvienne aiguë ou subaiguë au début, c'est-à-dire avant la formation du pus.

M. Hartmann (2) s'exprime ainsi : « dans les inflammations péri-métritiques il y a lieu de commencer par la *dilatation* et la *désinfection* de l'utérus lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs mal limitées, probablement dues en grande partie à des exsudats péri-métritiques. Cette pratique essentiellement conservatrice ne présente aucun danger si l'on agit antiseptiquement et sans traitements brutaux sur la matrice. »

Nous voulons insister une dernière fois sur ce point de gynécologie sur lequel M. Poulet a si souvent appelé l'at-

(1) Reclus, Loc. cit.

(2) Hartmann, Congrès de Genève 1896:

tention à savoir, que l'utérus n'est pas un organe plus vulnérable et plus difficile à traiter que les autres ; une thérapeutique active, mais prudente, remplaçant l'expectation, permettra dans bien des cas d'arrêter l'inflammation d'origine utérine, qui, laissée à elle-même, peut conduire à des désastres.

Il n'est pas sans intérêt, croyons-nous, de rapporter ici quelques observations extraites de la thèse de Rolland (1) de Lyon (1888) qui montrent bien que l'on peut, grâce à une bonne asepsie, agir sur un utérus atteint de métrite aiguë et de paramérite aiguë :

OBSERVATION III

THÈSE DE ROLLAND

Mme B... salle Sainte Madeleine n° 8 entrée le 11 août 1887. Agée de 33 ans, mère de 3 enfants, dont le dernier le 7 février 1887. Fièvre puerpérale consécutive. Depuis, la malade n'a jamais pu marcher. Lencorrhée constante et douleurs hypogastriques qui forcent la malade à se tenir courbée en marchant.

A son entrée. on constate une métrite subaiguë et une rétroflexion très prononcée.

Les ligaments larges sont le siège de masses, d'exsudats, durs et douloureux ; la moindre pression soit sur

(1) Rolland, Loc. cit.

le fond de l'utérus, soit sur l'abdomen, provoque de très vives douleurs.

Il est absolument impossible de soulever le corps de l'organe, il y a du reste un peu de fièvre, la T. R. oscille autour de 38,5.

Ecoulement muco-purulent depuis le dernier accouchement, c'est-à-dire depuis 6 mois : menstruation irrégulière.

En résumé, le diagnostic est donc : métrite post-puerérale déjà ancienne, qui s'est accompagnée de paramétrite et de rétroflexion ; l'utérus est retenu dans sa situation vicieuse par des exsudats para-utérins.

17 août, injection phéniquée vaginale ; on instille dans l'utérus une pleine seringue de Braun de glycérine créosotée ; placement d'une tige souple de laminaire.

19, éponge préparée.

21, autre éponge. Abondant lavage intra-utérin avec la sonde de Doléris.

23, Anesthésie. On retire l'éponge ; lavage utérin au sublimé au 1/2.000.

Toute la région utérine est abrasée avec la curette de Récamier, écouvillonnage avec gros écouvillon chargé de glycérine créosotée.

Redressement avec la grosse sonde de Budin. Ce redressement est très difficile ; il faut des manœuvres réitérées pour amener en avant contre les parois abdominales le fond de l'utérus. Nouveau lavage. On place dans la cavité une mèche de gaze indoformée. Gros tampon vaginal de

totonipheniqué montant aussi haut que possible dans le vagin et refoulant le col contre le sacrum.

La T. R. était de 38° au moment de l'opération; le soir elle est aussi de 38°.

24, T. R. 37° 5 matin, 39° soir, pouls 100.

25, T. R. 37° 8 matin, 38° soir.

Le 27, la température remonte à 38° 3. On panse la malade, enlèvement des tampons, lavage de l'utérus.

A partir de ce moment, la T. baisse et se maintient à 37° 5.

Les masses d'exsudats ont considérablement diminué. Sortie le 10 septembre avec une amélioration considérable et presque plus de douleurs abdominales, utérus bien horizontal, on place un pessaire de Hodge.

15 janvier 1888, on revoit la malade, utérus bien maintenu; le pessaire ayant procuré des pertes glaireuses, on l'enlève.

20 janvier, règles peu abondantes.

31 janvier, nouvel examen. Depuis quinze jours que le pessaire est enlevé, l'utérus a gardé sa bonne position, il n'est pas douloureux, mobilité normale; la rétroflexion ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION IV

THÈSE DE ROLLAND

Marie D., lingère, 26 ans, salle Sainte-Madeleine, N° 1. Entrée le 16 septembre 1887. Jamais d'accouchement ni de fausse couche. Depuis 6 mois, leucorrhée assez abondante. A la fin du mois de juillet, la malade commence à ressen-

tir des douleurs abdominales. Après des rapports sexuels (4 août), il y eut un peu d'hémorrhagie et de la souffrance pendant la miction. Toutefois, un examen minutieux n'a pas révélé de gonocoques dans les glaires du col.

La douleur hypogastrique a toujours augmenté, s'étendant à la région lombaire, au point que la malade a été obligée de cesser tout travail depuis 15 jours. Il y a de la fièvre. T. R. 38° 6. Pouls 100.

Un peu d'amaigrissement. La malade marche très courbée et avec de très vives douleurs.

A l'examen local, on constate que le ligament large du côté droit offre une tumeur de la grosseur d'une mandarine, tumeur tout à fait à côté du col. A gauche, et dans les culs de sac, antérieur et postérieur, induration moins circonscrite. L'utérus est immobilisé au milieu du tissu para-utérin enflammé.

Le 16 septembre, jour de l'entrée on place une première éponge préparée à l'iodoforme.

Le 17, deuxième éponge.

Le 18, anesthésie. Raclage et écouvillonnage de la cavité de l'utérus.

Le soir même de l'opération, le T. R. tombe à 37°, la malade éprouve un très grand soulagement.

Jours suivants, T. R. est à 37° et 37° 8.

Tous les deux jours, on fait un lavage intra-utérin au sublimé, et on laisse en permanence un tampon iodoformé dans le vagin.

Le 27. — L'induration du côté droit persiste toujours aussi volumineuse, mais elle est moins douloureuse.

Le 30. — La tumeur du côté droit a toujours le même volume, mais elle s'atténue en se prolongeant dans le cul de sac gauche.

Le 9 octobre. — Sortie. La paramétrite persiste. La douleur est moins violente.

Revue, le 30 octobre. — On constate que la paramétrite s'est localisée à gauche, où l'on trouve une masse de la grosseur d'un œuf.

Le 31 octobre. — On commence à nouveau le traitement, avec l'aide du Dr A. Pollosson, Tige de laminaire.

Le 2 novembre. — 2^e tige.

Le 3 nov. — Curetage et écouvillonnage à la créosote.

Le 5 nov. — Lavage au sublimé.

Le 7 nov. — Nouveau lavage. Le foyer diminue.

Le 8 nov. — Nouvelle tige pour faire un autre écouvillonnage à la créosote le lendemain 9.

Le 11 nov. — Lavage au sublimé.

Le 12 nov. — Nouveau lavage.

Le 15 nov. — Le foyer n'est plus appréciable. Il s'est résolu en 12 jours.

Le 17 nov. — Elle se promène en ville.

Le 21 nov. — A l'examen, presque plus d'induration. Utérus non douloureux, mais encore un peu gros.

Plus de douleurs abdominales. La guérison est à peu près complète.

Le 2 janvier 1888. — La guérison s'est bien maintenue et la malade travaille depuis un mois.

Le 4 février. — Santé toujours parfaite. Ni foyer, ni douleur.

OBSERVATION X

THÈSE DE ROLLAND

Métrite aiguë, Paramétrite, Retroflexion très adhérents.

Mme R., cafetière, 29 ans.

Mariée depuis 11 ans, jamais de grossesse.

Les rapports ont été douloureux dès le début. Avant le mariage, les règles étaient régulières, mais depuis elles sont devenues douloureuses et irrégulières.

Au bout de 6 à 8 mois, sans cause apparente et presque sans douleurs, survinrent des métrorrhagies abondantes qui forcèrent la malade à s'aliter pendant un mois. C'est à dater de ce moment que les règles diminuèrent de quantité et furent très douloureuses. La douleur peu à peu devint continue dans le bas ventre et s'accompagna de pesanteur rectale.

Le début de l'affection actuelle remonte à 3 semaines; les règles se montrèrent tout à coup avant leur époque normale, puis se supprimèrent soudainement au bout de deux jours, pour réparaître après quatre et ne durer que trente-six heures.

Petits frissons répétés. Violentes douleurs abdominales. Nausées, vomissements bilieux pendant deux jours. Un peu de météorisme. Constipation opiniâtre. Un médecin

appelé fait appliquer successivement 5 vésicatoires et on donne le repos.

Le 7 novembre 1887, on voit la malade, et on relève l'état suivant ; utérus en rétroflexion, fond plus bas que le col, corps volumineux, très sensible en tous points par la pression ; ses dimensions atteignent à peu près celles du deuxième mois de la grossesse. T. R. 39°1.

Orifice cervical très étroit, laissant difficilement passer un liquide sanieux, fétide et sanguinolent.

Le 8, première tige peu volumineuse.

Le 9, deuxième tige plus grosse et lavage utérin au sublimé. T. R. le soir 38°9.

Dans la nuit du 10 au 11, frissons et fièvre assez forte. Subdelirium. T. R. 39°4.

Le 11 au matin, anesthésie, curetage, écouvillonnage. Légères tentatives de redressement.

Les adhérences ne paraissent pas suffisamment ramollies, on n'insiste pas. Le soir 38°5.

Le 12 nuit bonne : ventre non douloureux ; on sort la mèche iodoformée. T. R. 37°9. Le soir elle est à 38°4, et il se fait de l'irradiation de la douleur dans la fosse iliaque droite et dans la racine de la cuisse correspondante. Lavage utérin.

Jusqu'au 19, l'état reste le même, et la température oscille entre 38 et 38°5.

La douleur est continue sans cependant atteindre une grande acuité. Ce jour-là, au toucher, on trouve l'utérus toujours volumineux, mais dans le cul de sac droit, on

sent une masse inflammatoire dure, de la grosseur d'un petit œuf.

Jusqu'au 26, on fait tous les deux jours, une injection de glycérine créosotée dans la cavité utérine. Le température se maintient autour de 38°2. Ecoulement peu abondant, sanguinolent, peu fétide.

A partir de ce moment, la douleur diminue, la température s'abaisse et la tumeur diminue de volume. On espace les injections de créosote.

Au 10 décembre, toute trace d'induration a disparu; la malade se lève, marche facilement et reprend ses occupations. L'appétit revient et l'embonpoint renaît. Cependant l'utérus est toujours solidement fixé en rétroflexion.

Le 18 janvier 1888, redressement de l'utérus, etc.

OBSERVATION I

(personnelle)

Sténose du col. Paramérite aiguë, 5 février 1901.

La malade entre à l'hôpital pour de violentes douleurs à l'hypogastre.

Madame L... caissière, âgée de 23 ans.

Antécédents héréditaires, nuls.

Antécédents collatéraux, nuls.

Antécédents personnels, rougeole, fièvre typhoïde à 13 ans.

Réglée à 16 ans, assez régulièrement; souffre un ou deux jours avant l'apparition des menstrues; règles très douloureuses, peu abondantes; durée: trois à quatre jours. Cons-

titution robuste; c'est une nerveuse qui pleure facilement. Constipation habituelle; pas de peaux blanches dans les matières.

Cœur et poumon paraissent sains.

Urine sans sucre et sans albumine.

Mariée à 21 ans; pas de grossesse. Dernières règles le 21 janvier. Pertes blanches abondantes surtout depuis son mariage. Depuis douze ou treize mois la malade souffre au niveau de la fosse iliaque gauche; les longues marches et la station debout prolongée sont très pénibles. Il y a trois jours, le 2 février au matin, elle est prise de violents frissons qui reparaissent dans la journée. Vomit deux fois; malaise général, courbature, vives douleurs à l'hypogastre. Le médecin appelé ordonne : repos au lit, injections vaginales chaudes, cataplasmes chauds sur l'abdomen.

Se sentant toujours très-malade Madame R. entre à l'hôpital; c'est donc trois jours après le début des accidents aigus que nous l'examinons.

Facies rouge, vultueux, peau chaude et sèche, langue humide; ventre légèrement ballonné.

Le toucher vaginal fournit les renseignements suivants :

Vagin chaud, un peu rugueux mais souple.

Col gros, conique, un peu à droite; orifice du museau de tanche petit.

Le cul de sac latéral gauche est occupé par une masse pâteuse, très douloureuse à la pression, en continuité avec l'utérus et s'étendant en dehors avec les parois du petit bassin. Cette masse forme en avant et en arrière du col

deux croissants, deux bourrelets, l'antérieur plus gros que le postérieur, qui se perdent dans une masse pâteuse occupant tout le cul de sac latéral droit. Utérus soudé pour ainsi dire au sein de ces masses inflammatoires. Le palper très douloureux, indique que la paroi abdominale est aussi le siège d'un œdème ; l'empatement abdominal remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. C'est le plastron de Chomel.

Soir. T. 39° 4 ; pouls 138, bien frappé,

Diagnostic : paramérite aiguë, due à une sténose du col.

Des compresses très chaudes sont appliquées sur le ventre ; deux injections vaginales d'eau bouillie à 45°. Le soir lavement de un litre d'eau bouillie à 45°.

6 février T. 39° 1 le matin. A 7 heures du matin lavement chaud de un litre.

Toilette vulvaire et vaginale ; deux valves écartent les parois vaginales ; col gros, en « pain de sucre avec orifice étroit d'où sortent des mucosités jaune sale. A l'aide d'un stylet légèrement arqué, nous mesurons la longueur de la cavité utérine (7 cent. environ) et nous nous rendons compte de la direction de la matrice qui est en antéflexion. Une laminaire de faible diamètre est introduite à 9 h. du matin. Douleurs vives à 11 h. 1/2 ; injection de morphine. A une heure du soir, extraction de la tige ; introduction d'une laminaire plus grosse que la première. Celle-ci est extraite à 6 h. ; du muco-pus sanguinolent s'écoule en assez grande abondance ; injection intra-utérine d'eau bouillie à 50° avec la sonde de Bozeman. Bock placé à

20 cent. au-dessus du plan du lit : lavage du museau de tanche et du canal cervical ; introduction lente de la sonde dans la cavité utérine ; le liquide qui s'écoule est chargé de mucus sanguinolent ; finalement l'eau sort limpide ; l'injection intra-utérine a duré une dizaine de minutes, et trois litres de liquide ont passé dans l'utérus.

T. 39°7 ; pouls 150.

7 février. La malade a dormi ; ventre toujours ballonné et très douloureux ; T. 39°.

Les injections intra-utérines d'eau à 50° et les lavements sont régulièrement donnés matin et soir.

7 février soir, 39°2.

8 — matin, 38°2, soir, 38°4.

9 — 37°5 37°9.

10 Toucher vaginal : l'empâtement a beaucoup diminué ; le ventre n'est plus ballonné et l'œdème de la paroi a disparu. T. 37°6.

14 février, on trouve dans le cul de sac gauche une masse dure, douloureuse à la pression, grosse comme une noix ; cul de sac droit libre.

La malade quitte l'hôpital le 20 février, conservant un reliquat inflammatoire du côté gauche.

Nous lui conseillons les injections vaginales chaudes et les lavements chauds.

Le 2 mars, nous revoyons la malade ; elle ne souffre plus ; elle n'a pas de pertes ; à gauche nous trouvons toujours le noyau induré et douloureux à la pression ; mais l'utérus est très mobile ; nous sommes frappé de la résorp-

tion presque complète des exsudats pathologiques qui, il y a quelques semaines seulement, formaient à l'utérus une épaisse cuirasse.

Retour des règles, le 12 mars, assez peu douloureuses; repos absolu au lit durant le flux menstruel. Durée 3 jours.

Revient à l'hôpital le 20 mars. Nouvelle dilatation à la laminaire; 2 injections intra-utérines et 2 lavements d'eau à 50° sont administrés quotidiennement; le 30, elle quitte l'hôpital, guérie complètement cette fois.

OBSERVATION II

(personnelle)

Métrite hémorrhagique et paramétrite subaigüe.

Madame R..., 29 ans, entre à l'hôpital le 9 janvier 1901.

Antécédents héréditaires : Mère morte en couches, père mort poitrinaire.

A. collatéraux. — Une sœur mariée, sans enfants, qui a une bronchite chronique.

A. personnels : Réglée à 14 ans, irrégulièrement; pertes blanches très abondantes.

Mariée à 20 ans; 1^o grossesse à 23 ans; accouchement à terme, normal, bonnes suites de couches.

2^o Grossesse : avortement, il y a 4 mois; fœtus expulsé à 5 mois, macéré; garde le lit durant 3 semaines; fièvre et lochies fétides.

Depuis cet avortement, la malade a des pertes très abondantes, rosées, qui l'anémient; règles il y a 3 semaines; ont duré 8 jours. La marche est très pénible et réveille du

côté gauche du bassin et dans la région lombaire, de vives douleurs.

Femme d'aspect chétif, pâle, anémiée, amaigrie, cœur sain; poumon droit a quelques râles de bronchite disséminés; poumon gauche : au sommet et en arrière submatite; l'auscultation fait entendre de nombreux craquements. La malade s'enrhume aisément; elle tousse tous les hivers; n'a jamais eu d'hémoptysies.

Examen local. Par le toucher vaginal, nous sentons dans le cul de sac gauche une masse du volume d'une grosse noix, dure et très douloureuse à la pression, faisant corps avec l'utérus.

Annexes prolabées dans le cul de sac de Douglas.

Cul de sac latéral droit : rien; utérus peu mobile, douloureux.

La malade nous dit avoir subi au commencement de décembre un curetage qui n'a tari que momentanément ses pertes.

Matrice en rétroflexion; col à large orifice externe béant, déchiqueté, avec large déchirure à gauche. Il s'en écoule un liquide muco-sanguinolent. T. 38° 2.

Traitement. Le 11 janvier introduction d'une laminaire de grosseur moyenne; extraction au bout de huit heures, suivie de l'injection intra-utérine de 2 litres 1/2 d'eau très chaude (48° environ). T. du soir 38° 8.

12 janvier T. matin 37,7; soir 38°; 2 lavements très chauds.

12 janvier T. matin 37,5; soir 38° 2; 2 lav. très chauds.

14 janvier T. matin 37,7 »

Le touchervaginal trouve encore dans le cul de sac gauche une petite tumeur, grosse comme une amande, peu douloureuse; l'utérus n'est plus douloureux; peu de pertes.

Le 22 janvier Madame R. quitte l'hôpital n'ayant plus de pertes; les culs de sac sont libres; la matrice n'est pas douloureuse.

Le traitement de l'utérus, dans les inflammations pelviennes à point de départ utérin, peut donc donner des succès; si l'intervention est faite aseptiquement, elle risque tout au plus d'être inutile, car notre méthode n'a pas la prétention de toujours guérir les paramétrite. Il est bien évident que dans les suppurations du tissu cellulaire pelvien on n'en retirera que peu ou point de bénéfice.

Le traitement intra-utérin ne donne parfois qu'une guérison temporaire; sous une influence quelconque, un excès génital par exemple, le mal peut se réveiller, puisque nous avons laissé au sujet avec un utérus, des trompes et des ovaires très vulnérables, « l'ostéomyélite infectieuse est aussi une maladie à répétition; on ne peut se vanter, même après une intervention bien réglée et étendue, d'avoir supprimé le mal et d'avoir prévenu toute récurrence pour l'avenir, tout retour offensif. Propose-t-on pour cela l'amputation du membre atteint? Pourquoi ne pas commencer par le commencement?... C'est la lésion utérine qui a

engendré et qui entretient la lésion péri-utérine, commençons par nettoyer l'utérus » Bazy (1).

Ne pourrait-on pas faire un peu de prophylaxie ? Si le mari a une goutte militaire, on lui conseillera d'uriner avant le coït ; la femme prendra matin et soir des injections vaginales chaudes soit d'eau bouillie, soit de permanganate à 1/2000. La sage-femme, au moment des couches s'entourera de précautions aseptiques pour un examen, même le plus banal, des organes génitaux.

Quand, malgré la dilation et les injections intra-utérines, le pus s'accumule autour de l'utérus, il faut intervenir chirurgicalement : l'évacuation des foyers purulents est nécessaire. Alors se posent les indications de l'hystérectomie vaginale, opération qui donne généralement de très bons résultats, de la laparotomie, de la ponction ou de l'incision vaginale, etc, selon l'étendue et la situation de la collection purulente.

Nous ne pouvons discuter ici les indications de chacune de ces opérations ; leur étude nous éloignerait trop du plan que nous nous sommes tracé.

(1) Bazy, *Archives générales de Médecine*, juillet 1891.

CONCLUSION

Pour terminer cette étude rapide nous nous résumerons en quelques conclusions que voici :

1^e La dilatation de la matrice doit précéder toute intervention intra-utérine.

2^e Cette dilatation peut-être faite quand la matrice est entourée d'exsudats inflammatoires nouvellement formés,

3^e Combinée aux injections intra-utérines chaudes et prolongées, elle amène fréquemment la résorption des exsudats pathologiques récents dans les paramétrites aiguës ou subaiguës.

4^e Les lavements chauds sont de précieux auxiliaires du traitement intra-utérin.

Le Président,

BERGER

Vu :

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen ;

Le Vice recteur de l'académie de Paris.

P. BROUARDEL

GRÉARD



BIBLIOGRAPHIE

AHLFELD. — Centralblatt für Gynec 1883, n° 15 et même journal vol. XVIII, livre 2.

BAZY. — Archives générales de médecine, 1891.

BÉCOUR. — Thèse de la faculté de Lille, 1881.

BERNÜTZ. — Archives de Tocologie, T. I, 1874.

H. BOUCHARD --- Du drainage utérin combiné à la dilatation et à l'antisepsie dans le traitement des métrites et des complications pelviennes. Thèse de Paris 1897.

BOURSIER. — Du cathétérisme de la trompe de Fallope, Archives de Bordeaux, 1892.

BRUCHON. — Dilatation utérine avec laminaires, perforation incomplète de la lèvre postérieure du col. Nouvelles archives d'obstétrique, mai 1892.

CANTIN. — Des lymphangites péri-utérines non puerpérales. Th. de Paris 1889.

CAZEAUX. — Eau chaude dans les prostatites aiguës, Th. de Paris 1891.

COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus 2^e édition 1870.

PIERRE DELBET. — Traité des suppurations pelviennes, Paris 1891.

DESPRÈS. — Chirurgie journalière, Paris 1877.

DÜKE. — The treatment of chronic endométrites, British medical journal, 1889 vol I.

DÜVAL. — Thèse de Paris. 1888.

EMMET. — The principle on practice of gyn. 3^e édit. 1884.

GREENHALGH — (V. Marion Sims. Notes sur la chirurgie clinique dans ses rapports avec la stérilité, Paris 1886)

GRAMMATIKATI. — Wratsh 1896, n^{os} 29 et 30.

GUYON. — Étude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité, Th. de Paris 1858.

HARTMANN. — Congrès de Genève 1896.

HASELBERG. — Monat, f. Geburtskunde. 34 et Späth, Deutsche chirurgie, liv. 59.

JEANNEL. — De l'ébouillement, Gaz. des Hop. 1892.

KAHN. — Die therapeutische Anwendung des Dampfes gegen Endometritis puerperalis. Centralblatt für Gynäk 1896.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 2^e édit.

LANELONGUE et FAGUET. — Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiatrie de Bordeaux, 1895.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Lymphatiques utérins et lymphangite utérine, Thèse de Paris 1870.

MARTIN. — Thèse de Paris 1851.

PLATON. — De l'eau chaude en Gynécologie, Marseille médical, juin 1899.

POULLET. — Société nationale de médecine de Lyon, 1888.

POZZI. — Traité de Gynécologie, 3^e édit. Paris, 1897.

RECLUS. — Cliniques de la Pitié et Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

RECOLIN. — Mémoire sur l'utilité des injections d'eau chaude dans la matrice, quand il y reste des portions d'arrière-faix, après les fausses couches. Mémoire de l'Académie de chirurgie, t. III, de l'éd. in-4.

ROLLAND. — Thèse de Lyon, 1888.

SNEGUIRJOFF. — Der Dampf, ein neues Hemostaticum, etc. Centralblatt für Gynakologie, 1883, n^o 3.

SCHWARZ. — Centrale, für Gynaec, 1883, n^o 13.

DE TORNERY. — Annales médico-chirurgicales, 1888.

WALTON. — Académie royale de médecine de Belgique, 1887.

